

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA BAJO VISION ECOGRAFICA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

INFORMACION SOBRE EL PROCEDIMIENTO:

La biopsia bajo visión ecográfica es un procedimiento diagnóstico, que se emplea para analizar el tejido de algún órgano del cuerpo (como: hígado, riñón, bazo etc.) y entrega información sobre una gran cantidad de enfermedades que los afectan.

El examen consiste en obtener un pequeño trozo de tejido del órgano enfermo mediante una punción con una aguja especial para este efecto, el cual será posteriormente estudiado con microscopio por un médico especialista (anatomopatólogo). Durante el procedimiento se utiliza un aparato de ecografía el cual permite ver el avance de la aguja en el órgano a estudiar y realizar la biopsia en el lugar preciso.

El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos y se realiza con anestesia local donde se “duerme” sólo la zona de la biopsia. En el caso de pacientes con algún grado de alteración de conciencia o en niños se usará anestesia general (el paciente se duerme completamente), previo acuerdo con el paciente y/o sus familiares directos. Para administrar anestesia general deberá llamarse a un médico anestesista.

Algunos días antes del procedimiento usted deberá realizarse un examen de sangre para estudiar la coagulación (tiempo de protrombina y tok) y traer el resultado el día de la biopsia. En el caso que dichos exámenes estén alterados la biopsia no puede realizarse ya que hay riesgo de hemorragia. A excepción de lo anterior no hay otras contraindicaciones absolutas para el procedimiento.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Antes del procedimiento deberá leer y firmar el documento de consentimiento informado que tiene en sus manos.

Se verificará que sus exámenes de sangre estén normales.

Debe estar en ayunas, es decir, no haber comido ni bebido nada 8 horas antes del procedimiento.

Se le colocará un suero en una vena del brazo y se le administrará un medicamento intramuscular con el cual puede que sienta la boca un poco seca. Luego se le conducirá acostado(a) en camilla a una sala de procedimientos. Se le pedirá que descubra zona que debe ser examinada y se le aplicará un líquido desinfectante. Se le colocarán algunas sábanas estériles sobre su cuerpo dejando descubierto solo la zona de la biopsia. A partir de este momento no deberá moverse ni tocar nada con sus manos. Se le inyectará una pequeña cantidad de anestesia local lo que puede provocarle una sensación de ardor y luego un adormecimiento de la zona. Posteriormente y bajo control eco gráfico se puncionará el órgano a estudiar con la aguja de biopsia especial lo cual no debería darle mayores molestias. Puede que durante la biopsia se le pida que retenga la respiración algunos segundos. Hecho esto, se retirará la aguja y un ayudante le presionará un poco con la mano la zona de la biopsia algunos minutos. Después de verificar que la muestra de tejido es suficiente, le realizará un control final con la ecografía y se colocará un pequeño vendaje.

Deberá volver en camilla a su habitación y guardar reposo absoluto por 24 horas. Esto significa no levantarse de la cama ni siquiera para ir al baño.

Se le dejará el suero en el brazo hasta que se termine y podrá comer y beber 2 horas después de terminado el procedimiento.

RIESGO GENERALES Y ESPECIFICO:

Puede que después de algunas horas sienta alguna molestia en el sitio de la biopsia por lo que se le dejará medicamentos que se le administrarán en caso de dolor.

Aunque son poco frecuentes algunas complicaciones pueden producirse durante o después del procedimiento. Una de ellas es la hemorragia o sangramiento que pueden ser leve y no requerir ningún tratamiento o ser graves y necesitar administración de medicamentos o incluso una operación. Otra complicación, muy rara es la infección. Aunque todo el material usado en el procedimiento es estéril y la aguja de biopsia es desechable y de un solo uso, una contaminación directa de la zona puncionada no es imposible y debe tenerse presente.



La infección es una complicación de cuidado que debe ser tratada con medicamentos (antibióticos), puede prolongar la hospitalización y eventualmente requerir una operación.

Si antes de firmar la autorización informada desea más información, no dude en pedirla al equipo médico.

DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- Doy mi conformidad para que las imágenes radiológicas que se tomen en el curso de la exploración, puedan examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para un adecuado diagnóstico.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a):

Sr(a):

RUT:

RUT:

Firma:

Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:

Firma:.....

Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:.....

Firma:.....

Fecha:.....

